様式74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科

|  |
| --- |
|  |

2　当該療養に係る歯科医師の氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

3　手術に用いる主たる材料

|  |  |
| --- | --- |
| 一般名称 | 医療機器の製品名(規格等) |
| 歯周組織再生誘導材料 | ・  ・  ・ |